TITRES ET MÉMOIRES

DU

Dr DUPAU

TOULOUSE
IMPRIMERIE G. BERTHOUMIEU
20, RUE DE LA COLOMBETTE, 20
—
1892

I. — TITRES

Interne provisoire des hôpitaux de Paris, 1874.

Chirurgien-adjoint des hôpitaux de Toulouse, 1878.

Chirurgien chef de service, 1885.

Admissible concours d'agrégation chirurgie, 1883.

Membre de la Société de médecine et chirurgie de Toulouse.

II. — MÉMOIRES

I. — Essai sur l'Ictère grave. 1876.

II. — Observations à l'appui de la thèse déjà soutenue sur l'ictère grave. 1880.

III. — Présentation à l'Académie de médecine par M. le professeur Beclard d'un sthétoscope nouveau modèle. 1880.

IV. — Rapport de commission sur prix de l'année sur les maladies de croissance. Société de médecine de Toulouse. 1881.

V. — De l'intervention chirurgicale dans le cancer du tube digestif, sauf le rectum. Thèse d'agrégation. 1883.

VI. — Traitement de l'orchite blennorrhagique par le coton iodé et la compression. *Compte-rendu de la Société pour l'avancement des sciences*. 1889.

VII. — Des petites incisions dans les adénites suppurées (bubons) consécutives au chancre. *Gazette médico-chirurgicale de Toulouse* (nº 9). 1892. *(En cours de publication).*

I

M'inspirant des travaux de mes maîtres, j'ai cru devoir faire jouer un rôle capital dans la genése de l'ictère grave aux troubles survenant dans le fonctionnement du systéme nerveux végétatif quelque soit leur origine. Je me suis permis d'émettre l'hypothèse suivante : Ne semblerait-il pas qu'il existe deux systèmes nerveux, etc,. p. 15. Cela fait, dans l'étude des causes des symptômes de la marche et de l'anatomie pathologique, j'ai puisé tous les éléments qui tendaient à confirmer ce fait que c'est dans une perturbation du systéme nerveux végétatif que réside le point de départ de l'ictére grave.

II

En 1880, une observation personnelle et une observation de M. Talamon, p. 213, *Progrès médical*, m'ont permis de revenir sur cette question, et appuyant la théorie que j'avais émise de faits nouveaux, de compléter l'étude que j'avais faite de l'ictére grave et de modifier la définition que j'en avais donnée dans mon premier travail, p. 19.

IV

Dans mon rapport sur les maladies de croissance, avant d'aborder l'étude des mémoires soumis à l'examen de la commission, j'avais cru devoir indiquer à grands traits ce qu'on devait entendre par maladies de croissance, me réservant plus tard de compléter cet aperçu sommaire.

Je l'avais divisé en six parties :

1° Genèse et formation des divers éléments qui doivent constituer un organisme complet ;

2° Lutte incessante de cet organisme composé d'éléments si divers formant cependant un tout contre ses ennemis du dehors et aussi ceux qui résident en lui ;

3° Digression dans le domaine zoologique de laquelle il résulte que les animaux à l'état sauvage payent un tribus moins lourd à la maladie que ceux qui sont réduits à l'état de domesticité ;

4° Recherche et énumération des causes favorables ou défavorables à l'évolution des êtres organisés. Division de ces causes, en intrinsèques et extrinsèques, etc., p. 52 ;

5° Existe-t-il des maladies dues exclusivement à la croissance ? Telle était la question à laquelle j'avais répondu négativement ;

6° Traitement curatif, mais surtout préventif des maladies survenant dans le cours de la croissance, dont les unes semblent donner un coup de fouet au développement des êtres organisés, d'autres ralentissent ce développement, les autres enfin auxquelles un véritable travail regressif semble dû.

Dans cette dernière partie, les données embryogéniques fournies dès l'abord trouveront leur application, p 55.

V

TABLE DES MATIÈRES

Cette étude, dont les éléments ont été puisés en grande partie dans l'enseignement et dans les ouvrages de nos maîtres, à qui nous avons rendu l'hommage qu'ils méritaient dès le début du

travail, nous l'avons terminée par la revue d'ensemble qui suit, p. 137.

REVUE D'ENSEMBLE

Nous reportant à tout ce qui a été dit dans le cours de ce travail déjà bien long ; si, après avoir fait de l'analyse, nous faisions de la synthèse, nous trouverions que les lésions cancéreuses du tube digestif présentent des points nombreux de ressemblance. Ce sont ceux-là que nous allons essayer de mettre en relief. Nous plaçant d'abord au point de vue symptomatique, nous trouverons des signes à peu près identiques. Ils peuvent se résumer ainsi : douleur plus ou moins vive, constipation et anorexie, phénoménes indiquant l'oblitération du conduit. Ces divers symptômes dans ces trois affections peuvent manquer et rendre impossible le diagnostic du cancer. Les faits de cette nature sont assez nombreux.

Si nous étudions la marche de l'affection, nous trouverons encore ici une même similitude. D'une part, le cancer pourra, après s'être manifesté, suivre une marche rapide et sa durée ne dépassera guère alors de 12 à 15 mois ; d'autre part, sa marche sera d'une lenteur telle que la maladie a pu souvent être méconnue. Dans le premier cas, le cancer mène rapidement à la cachexie ; dans le deuxième, les phénomènes de la cachexie peuvent faire absolument défaut et un amaigrissement assez notable seul précède alors la mort.

Ces lésions ont un troisième point de ressemblance en ce qu'elles ont une grande tendance à envahir les tissus avoisinants et à provoquer des adhérences autour d'elles ; elles ont enfin cela d'identique qu'elles sont d'un diagnostic très difficile et d'un pronostic fatal.

Voilà pour ce qui a trait au mal en lui-même, quel que soit son siège : lorsque les symptômes décèlent son existence, il entraîne rapidement la mort. Aussi n'avons-nous pas été surpris de voir que certains chirurgiens modernes avaient voulu lutter et retarder du moins, quand ils ne pouvaient l'empêcher, la solution fatale.

Tandis que nos pères se refusaient à intervenir dans les cas de cancer non attaquables par les moyens ordinaires pour ne pas exposer les malades aux suites d'un grave traumatisme chirurgical, les

modernes, aidés par les pansements antiseptiques, ne se contentaient pas de la cure palliative et poursuivaient même la cure radicale de l'affection.

Quel est maintenant le résultat qu'ont donné ces deux méthodes de traitement? Dans les cas ou le chirurgien a cru devoir tenter la cure radicale, que cette tentative ait porté sur l'œsophage, l'estomac ou l'intestin, les résultats obtenus ont presque tous été désastreux, et le chirurgien n'a su que hâter la mort du malade. Voilà ce qui ressort de notre étude et ce qui nous autorise à frapper d'ostracisme ces tentatives hardies.

Mais si nous ne pouvons pas guérir, devons-nous laisser mourir le malade sans lui apporter les soulagements qu'il réclame de notre art et ne pas essayer de le soustraire aux tortures que lui fait subir le cancer? Pour nous, la réponse n'a pas été douteuse et après avoir jugé sévérement les procédés curatifs, nous apesantissant sur les palliatifs, nous avons, je crois, montré en quoi leur application pouvait être d'une trés grande utilité aux malades et à la chirurgie elle-même, qui ne se propose pas seulement de guérir, mais de soulager, quand il n'est pas possible de tenter la guérison sans exposer les jours du patient.

Nous devons avouer cependant que les travaux de M. Verneuil et de ses éléves sur l'influence des plaies, sur la marche ultérieure des diathèses, ont provoqué chez nous une certaine hésitation. N'allions-nous pas lui donner en opérant un coup de fouet à cette diathèse et hâter ainsi la mort de ceux qui en étaient atteints! Et qu'importe que la vie soit raccourcie de quelques jours pourvu que le malade soit soustrait à ces tortures constantes que provoque l'obstruction du tube digestif. Sera-t-elle d'ailleurs raccourcie? et ne vaut-il pas mieux pour retarder l'issue fatale de pareilles affections, ne vaut-il pas mieux faire subir au cancéreux un traumatisme un peu grave, que de le laisser aux prises avec le traumatisme journalier, que provoque chez lui le passage du bol alimentaire ou fécal.

Il reste donc acquis, je crois, que la cure radicale du cancer du tube digestif, quel que soit son siége, ne saurait être tentée, et que nous ne devons avoir recours aux procédés opératoires que pour pallier aux accidents du cancer de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin.

Quant au moment où ils devront être appliqués, le chirurgien devra s'inspirer de l'état général du malade et des symptômes qu'il présente.

Il nous a semblé enfin que l'intervention hâtive nous paraissait devoir être suivie de meilleurs résultats que l'intervention trop tardive, c'est pour cela que nous avons cru devoir indiquer notre préférence pour la première.

VI

Traitement de l'orchite blennorrhagique par le coton iodé et la compression.

Les observations puisées dans mon service ont inspiré à un de mes anciens internes, le docteur Larrieu, l'idée de faire de cette question le sujet d'une thèse qu'il a soutenue devant la Faculté de Bordeaux. Moi-même j'ai cru devoir en faire l'objet d'une communication devant la *Société pour l'avancement des sciences*, 1889. Les résultats constants, disparition de la douleur douze heures après l'application du coton iodé et disparition des symptômes morbides dans un laps de temps qui ne dépassait presque jamais une septennaire, légitimaient cette communication, dans laquelle j'indiquai le mode d'application de ce traitement et ses contre-indications.